Dr H. GAUDIER

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

LILLE
Le Bigot Frères, Imprimeurs-Editeurs
25, Rue Nicolas-Leblanc, 25
1898

I. — TITRES

Externe des Hôpitaux de Lyon (Concours 1885).
Interne des Hôpitaux de Grenoble (Concours 1887).
Interne des Hôpitsux de Lille (Concours 1889).
Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille (Concours 1889).
Docteur en Médecine de la Faculté de Lille (1891).
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lille (1891-1894).
Cours libre à la Faculté de Médecine de Lille (1896-1898).

Médecin-adjoint du Lycée de Lille (1896-1898).

Membre titulaire de la Société centrale de médecine du Nord.
Secrétaire-adjoint de la Société centrale de médecine du Nord.
Membre titulaire de la Société française d'Otologie et de Laryngologie.
Membre correspondant étranger de la Société belge d'Otologie et Laryngologie.
Secrétaire de la Rédaction de l'*Echo Médical du Nord.*

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon (Méd. d'argent 1887).
Lauréat de la Faculté de Médecine de Lille (Méd. d'argent 1890).

Admis aux Epreuves définitives pour la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Concours d'Agrégation de 1895 (Chirurgie),

II. — ENSEIGNEMENT

Conférences d'anatomie (Adjuvat d'anatomie, 1889)

Direction des conférences préparatoires à l'internat des Hôpitaux (1891-1894).

Conférences de séméiologie chirurgicale (Clinicat de chirurgie).

Conférences de clinique chirurgicale (Semestre d'été, 1892).

Cours libre à la Faculté de médecine de Lille (1896-1898).

Conférences pratiques à la clinique privée de la rue de la Piquerie (1898).

Conférences publiques :

A l'union des Femmes de France :

1896. — De l'anesthésie, 12 juillet 1896.

1897. — Des brûlures, 6 juin 1897.

A la Société des Amis de l'Université :

1896. — Le culte d'Esculape et son temple à Epidaure (avec projections).

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

A. — TABLE CHRONOLOGIQUE

1. — Granulie à forme typhoïde (*Dauphiné médical*, 1889, p. 79).

2. — Pièces anatomiques provenant d'un enfant mort de granulie (*Société de médecine de l'Isère*, 1889).

3. — Un cas de gommes syphilitiques du voile du palais (*Dauphiné médical*, 1889, p. 85).

4. — Présentation d'un malade atteint de gommes syphilitiques du voile du palais (*Société de médecine de l'Isère*, 1889).

5. — Ostéite tuberculeuse du radius (*Dauphiné médical*, 1889).

6. — Ostéo-périostite de la mâchoire inférieure consécutive à l'ablation d'une molaire (*Bullet. méd. du Nord*. Comptes rendus, p. 608, 1890).

7. — Anatomie de la glande thyroïde (*Thèse Doctorat*, Lille, 1891).

8. — Carcinome de la paroi abdominale (*Bullet. méd. du Nord*, p. 565, 1891).

9. — Modifications opératoires de la palatorrhaphie (*Bull. méd. du Nord*, 5 avril 1892).

10. — Présentation d'un malade opéré d'une perforation palatine avec modification opératoire de l'auteur (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 29 avril 1892).

11. — Présentation d'un malade atteint d'épithélioma étendu de la lèvre et de la joue. Ablation. Réparation par autoplastie (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 27 novembre 1891).

12. — Note sur l'histologie pathologique des valvules du cœur droit dans l'alcoolisme (*Bull. médic. du Nord*, 30 juillet 1892, p. 331).

13. — Du myxôme circonscrit du tissu cellulaire des membres. (*Bull. médic. du Nord*, 1892, p. 127).

14. — Présentation de préparations histologiques de myxôme pur du tissu cellulaire des membres (*Soc. centrale de médecine du Nord*, 12 février 1892).

15. — Résection du coude. Présentation de pièces anatomiques (*Soc. centrale de médecine du Nord*, 12 mars 1892).

16. — Un cas d'arthrite du genou consécutive à une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur (*Soc. centrale de médecine du Nord*, 27 mai 1892).

17. — Résection de l'extrémité interne de la clavicule (*Soc. centrale de médecine du Nord*, 27 mai 1892).

18. — Luxation ancienne du poignet en avant, sans fracture du cubitus ni du radius. Irréductibilité, résection, guérison (*Gaz. des Hôpit.*, 1892, p. 810).

19. — Moule en plâtre d'une luxation du poignet en avant (*Soc. centr. de médecine du Nord*, 10 juin 1892).

20. — Traitement des fistules vésico-vaginales inopérables, dans le cours du cancer de l'utérus (*Bull. méd. du Nord*, 30 mai 1893).

21. — Fracture compliquée du radius chez un enfant. Résection sous-périostée. Guérison avec formation d'une nouvelle extrémité radiale et retour complet des fonctions (*Soc. centr. de médec. du Nord*, 25 mars 1892).

22. — Traitement du prolapsus total de l'utérus et du vagin par l'hystérectomie vaginale. Nouveau procédé opératoire (*Bull. médic. du Nord*, p. 166, 1893).

23. — Préparations histologiques de myxosarcôme de la parotide (*Soc. centr. de medec. du Nord*, 1893).

24. — Préparations histologiques de tumeur kystique de la mamelle (*Soc. centr. de médec. du Nord*, 1893).

25. — Préparations histologiques du sciatique poplité externe d'un amputé pour mal perforant (*Soc. centr. de méd. du Nord*, 1893).

26. — Présentation de pièces provenant d'une fracture de la base du crâne avec isolement complet du rocher droit (*Soc. centr. de méd. du Nord*, 1893).

27. — De l'hysterectomie vaginale comme traitement des grandes névralgies pelviennes (*Arch. de tocologie et de gynécologie*, août 1894, n° 8).

28. — Contribution à l'étiologie de l'hematome du sterno-mastoïdien chez le nouveau-né (*Revue d'Orthopédie*, 1894, p. 287).

29. — De l'ostéomyélite aigue du sternum (*Union. méd.*, 1894, 3e série, t. 58, p. 320).

30. — De la pseudarthrose du fémur à la suite de fracture de cet os par coup de feu (*Gaz. des Hôpit.*, 1894, p. 1004).

31. — Hernie crurale étranglée pendant la grossesse (*Revue de Chirurgie*, 1894, n° 10).

32. — Difficultés du diagnostic entre l'étranglement herniaire et les kystes sacculaires enflammés chez les vieillards (*Bull. méd. du Nord*, 1895, p. 25).

33. — Traitement de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curetage de la prostate (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, n° 2).

34. — De la fracture isolée du sacrum. Etude clinique et expérimentale (*Lille, Le Bigot, édit.*, 27 pages, 1895).

35. — Toxicité des urines chez les cancéreux et son rapport avec le chiffre de l'urée (*Soc. de Biologie*, déc. 1894).

36. — Etude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle, en collaboration avec le Dr Surmont, (*Soc. de Biologie*, 2 février 1895.)

37. — Luxation congénitale de la hanche. Modification du procédé de Hoffa (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1895).

38. — Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire, en collaboration avec le Dr Péraire (*Revue de Chirurgie*, sept. 1895).

39. — Un cas d'ostéoarthrite tuberculeuse du tarse a début par le scaphoïde (*Soc. centr. de méd. du Nord*, p. 540, 1896).

40. — Sur un nouveau mode de préparation du picro-carmin (*Soc. centr. de med. du Nord*. Comptes-rendus, 10 janvier 1896).

41. — De l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale (*Soc. de Chirurgie*, 1896....)

42. — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Nord Médical*, 1896).

43. — De l'extirpation du rectum cancéreux, par la voie abdomino-périnéale (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 5, 1897).

44. — Note sur une tumeur vasculaire de la langue (*Echo médical du Nord* 1897, 7 mars).

45. — Note sur une tumeur de la cloison des fosses nasales (*Soc. cent. de médecine du Nord*, 1897...).

46. — Gommes syphilitiques de l'amygdale, en collaboration avec le Dr Charmeil (*Echo médical du Nord*, 11 avril 1897).

47. — Présentation d'une malade atteinte de gommes syphilitiques de l'amygdale (*Soc. cent. de médecine du Nord*, 1897).

48. — Un nouveau cas de gomme syphilitique de l'amygdale (*Echo médical du Nord*, 9 mai 1897).

49. — Nouvelle méthode d'extirpation des polypes fibro-muqueux des choanes (*Echo médical du Nord*, 28 avril 1897).

50. — Un cas de sinusite maxillaire tuberculeuse (*Communication à la Société française d'otologie*, mai 1897).

51. — Sinusite maxillaire tuberculeuse (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie*, 1897).

52. — Les opinions actuelles sur la pathogénie de l'appendicite (*Echo médical du Nord*, 14 mars 1897).

53. — Un cas de myxôme pur de la glande parotide, en collaboration avec le Dr Lambret (*Echo médical du Nord*, 23 mai 1897).

54. — Présentation de préparations histologiques de myxôme pur de la parotide (*Soc. cent. de médecine du Nord*, 14 mai 1897).

55. — De l'urticaire œdémateuse de la muqueuse de la bouche et de l'isthme du gosier (*Echo médical du Nord*, 8 août 1897).

56. — Fibrôme naso-pharyngien chez la vieille femme (*Communication à la Société belge d'otologie*, juin 1897).

57. — Fibrôme naso-pharyngien. Curettage du naso-pharynx. Guérison (*Echo médical du Nord*, 28 juillet 1897).

58. — Un nouveau cas de kyste de l'épiglotte, avec examen anatomo-pathologique (*Echo médical du Nord*, 26 sept. 1897).

59. — Tumeur du dos du nez, avec le docteur Charmeil (*Soc. centr. de médecine du Nord*, 8 oct. 1897).

60. — Volumineux séquestre syphilitique du maxillaire supérieur (*Soc. centr. de méd. du Nord*, 1897 et *Soc. anatom.*, 29 oct. 1897).

61. — Présentation de la malade au séquestre du maxillaire supérieur (*Soc. centr. de médec. du Nord*, 22 oct. 1897).

62. — Corps étranger métallique enclavé dans la caisse du tympan (*Communication à la Soc. belge d'otologie*, oct. 1897).

63. — Quelques réflexions à propos de 157 cas de végétations adénoïdes opérées d'octobre 1896 à septembre 1897 (*Echo médical du Nord*, p. 552, 1897).

64. — Les maladies de l'oreille et leur traitement en France au XVII[e] siècle (*Echo médical du Nord*, p. 587, 1897).

65. — Fibro-sarcome de la fosse nasale gauche et du sinus maxillaire (*Soc. de médecine du Nord*, 26 nov. 1897).

66. — De la voie nasale médiane dans le traitement des polypes naso-pharyngiens (*Soc. de chirurgie, rapport du docteur* Picqué, février 1898).

67. — Un nouveau cas de myxôme hyalin typique du larynx (*Soc. centr. de médec. du Nord*, 27 janvier 1898).

68. — Id. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1898).

69. — Du décollement du pavillon de l'oreille, comme voie d'accès pour l'extraction des corps étrangers de la caisse (*Echo médical du Nord*, 6 février 1898).

70. — Papillomes multiples du larynx. Opération par les voies naturelles (*Soc. centr. de médecine du Nord*, 25 mars 1898).

71. — Calcul salivaire (*Soc. anatomique*, 1[er] avril 1898).

72. — De l'opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques, en collaboration avec le D[r] Combemale (*Congrès de Montpellier*, 13 avril 1898).

73. — Goitre exophtalmique. Action de la sympathicotomie sur l'exorbitisme et sur la tachycardie, en collaboration avec le D[r] Combemale (*Académie de médecine*, 19 avril 1898).

74. — Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée gauche. Intervention. Guérison (*Soc. de chirurgie*, 1898).

(Le rapporteur s'est fait inscrire).

75. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement des kystes du pavillon de l'oreille (*Écho médical du Nord*, 10 avril 1898).

THESES ÉCRITES SOUS NOTRE INSPIRATION

1 Dr Feuchère. — Traitement précoce de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curettage de la prostate (*Thèse Paris*, Soc. édit. 1895).

2. Dr Briche. — Étude sur une forme rare de fracture isolée du bassin. Fracture transversale du sacrum (*Thèse Lille*, Robbe, édit. 1896).

3. Dr Dupretz. — Kystes du pavillon de l'oreille (*Thèse Lille*, Petit-Ragot, 1897).

4. Dr Méplaux. — Sarcome et inflammations (*Thèse Lille*, 1876, Robbe, éditeur).

B. — ANALYSES DES TRAVAUX

I. — ANATOMIE

Anatomie de la glande thyroïde. — Thèse de Doctorat. Le Bigot, édit. Lille, 1891.

Nous avons surtout eu en vue, dans ce travail entrepris au Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Lille, l'anatomie descriptive et la topographie de la glande thyroïde.

Pour cela nous avons utilisé la congélation des sujets, qui nous a permis de débiter la région thyroïdienne en fines coupes nous donnant admirablement la position exacte de la glande thyroïde.

Après une étude complète de l'aponévrose d'enveloppe de la glande et des projections qu'elle envoie le long des vaisseaux thyroïdiens, nous avons examiné les rapports de cette capsule avec les vaisseaux et nerfs du cou.

Sur le cadavre, où tout s'affaisse, les lobes paraissent reposer directement sur les vaisseaux qu'ils cachent ; mais si l'on a soin de congeler, dans la station verticale, un sujet dont les vaisseaux sont injectés, la glande tend à reprendre sa position normale et voici ce que l'on constate.

Il y a presque toujours ¼ ou ½ centimètre de distance entre la glande et la veine jugulaire interne. Celle-ci, même dilatée par l'injection, n'est jamais au contact de la capsule thyroïdienne. Encore moins se creuse-t-elle une gouttière dans son épaisseur.

La carotide est plus éloignée encore, en arrière de la veine, à ½ centimètre et même 1 centimètre de la partie la plus rapprochée de la capsule.

Entre l'artère et la veine se trouve le nerf pneumogastrique.

La pyramide de Lalouette a été l'objet pour nous de recherches minutieuses et nous avons suivi, à ses dépens, la formation de ces glandes thyroïdes accessoires supérieures médianes, qui sont les vestiges de la pyramide sectionnée soit par le bord tranchant des cartilages thyroïde ou cricoïde, soit par des brides fibreuses.

L'étude de l'irrigation de la glande thyroïde a occupé une partie de ce travail, et avait déjà été faite en partie in Thèse de LABALETTE (Lille 1880), et nous avons insisté sur les rapports qui existent entre la circulation thyroïdienne et celle du thymus qui, quoique réduit à une petite masse graisseuse, possède encore des vaisseaux aussi nombreux qu'intéressants.

Dans un chapitre final, nous avons décrit l'anatomie comparée de cette glande, son développement et sa structure.

Pièces de Concours pour l'Adjuvat d'Anatomie. — (Musée d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Lille).
Rapports du Duodénum.
Pharynx.

II. — ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Granulie à forme typhoïde. (*Dauphiné médical*, 1889, p. 79).

Pièces anatomiques provenant d'un enfant mort de granulie (*Société de Médecine de l'Isère*, comptes-rendus, 1889.

Ce cas était intéressant, parce que, survenu au cours d'une petite épidémie de fièvre typhoïde, et parce que la marche de la tuberculose généralisée avait absolument emprunté le type d'une typhoïde.

Osteite tuberculeuse du radius (*Dauphiné médic.*, comptes-rendus, 1889).

Resection du coude, présentation de pièces anatomiques (*Soc. centrale de médecine du Nord*, 12 mars 1892).

Résection faite pour tumeur blanche du coude, avec lésions prédominantes au niveau de la face interne du cubitus. Guérison par ankylose.

Note sur l'histologie pathologique du cœur droit dans l'alcoolisme. En collaboration avec le professeur COMBEMALE (*Bull. médic. du Nord*, 1892, p. 331).

L'étude histologique des valvules du cœur de trois chiens,

morts en état d'alcoolisme aigu, au laboratoire des Cliniques aux cours d'expériences sur l'alcoolisme faits par le professeur Combemale, et la vérification de ces faits sur un cœur de femme morte dans le service de même intoxication, nous a permis de conclure que dans les cas de mort dus à l'alcoolisme aigu, on peut distinguer les lésions suivantes, particulièrement nettes au niveau des valvules du cœur droit.

1° Sclérose, hypertrophie des vsIvules, qui affectent une forme tendineuse.

2° Œdème des valvules, infiltrées de globules sanguins.

3° Accumulation de pelotons graisseux, au niveau de la base d'implantation des valvules.

4° Dégénérescence segmentaire du muscle cardiaque, seulement autour de la base des valvules ; endartérite des petits vaisseaux de la valvule.

Du myxôme circonscrit du tissu cellulaire des membres (*Bull médic. du Nord*, 1892, p. 127).

Présentation de préparations histologiques de myxôme circonscrit du tissu cellulaire (*Société centrale de médecine du Nord*. Comptes-rendus, 12 février 1892).

Seul Gosselin a consacré dans ses cliniques quelques lignes aux myxômes des membres, qu'il désigne sous le nom de « Sarcôme mou. »

Un petit nombre d'observations sont éparses dans les recueils. Il nous a donc paru utile de résumer l'histoire de ces tumeurs, si intéressantes au double point de vue de leur diagnostic et de leur traitement. Mais d'abord, en clinique, il est bon de distinguer deux formes bien distinctes des myxômes des membres :

1° Le myxôme diffus des membres.

2° Le myxôme circonscrit.

A. — La première forme a été bien étudiée par M. Rafin dans sa thèse ; nous la laisserons donc de côté ; elle est caractérisée par des tumeurs à marche envahissante, disséquant les muscles, s'insinuant entre les aponévroses, et tendant à récidiver facilement.

B. — La deuxième forme est plus rare, elle comprend trois variétés :

Le myxôme pur ; très rare.

Le myxôme lipomateux ; plus fréquent.

Le myxôme kystique.

Au point de vue clinique, il faut, croyons-nous, distinguer deux types de myxômes circonscrits.

1° Ceux qui se développent dans le tissu connectif des espaces intermusculaires.

2° Ceux qui se développent aux dépens du tissu sous-cutané.

Le diagnostic est difficile, et la tumeur a été prise pour un kyste, un abcès froid, une synovite fongueuse, plus fréquemment pour du sarcôme.

Rien en effet ne se ressemble plus ; et l'on ne pourrait, à la rigueur, se baser que sur ce fait : c'est que le myxôme est plus mou que le sarcôme, d'ordinsire, et que sa marche est moins rapide.

L'on sait peu de choses sur la récidive du myxôme en général :

Nous savons tous que l'on a opposé la bénignité relative du myxôme des membres, à la malignité du myxôme des glandes ; il est certain que le myxôme circonscrit récidive moins que le diffus ; pourtant M. Poncet a signalé le passage d'une forme à l'autre.

Préparations histologiques de myxosarcôme de la parotide (*Société centrale de médecine du Nord*, 1893).

Préparations histologiques de tumeur kystique de la mamelle (*Société centrale de médecine du Nord*, 1893).

Préparations histologiques du sciatique poplité externe d'un amputé pour mal perforant (*Société centrale de médecine du Nord*, 1893).

Il s'agissait d'un vieil alcoolique qui fut amputé dans le service du Professeur Dubar pour un mal perforsnt sur lequel on avait épuisé tous les traitements. Il y avait des lésions manifestes de sclérose nerveuse centrale et périphérique des filets que l'on suivait depuis la lésion plantaire jusqu'au niveau de l'amputation. Les lésions vasculaires étaient très marquées.

Présentation de pièces provenant d'une fracture de la base du crâne avec isolement complet du rocher droit (*Société centrale de médecine du Nord*, 1893).

Étude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle, en collaboration avec le docteur Surmont (*Société de Biologie*, 2 fév. 1895).

Une femme de quarante ans, atteinte de maladie noueuse de la mamelle, présentait dans le liquide séro-purulent extrait de ses conduits galactophores un staphylococcus albus, petit, très grêle, cultivant très lentement, à virulence atténuée, avec lequel il fut possible de reproduire, chez la chienne en lactation, de la mammite chronique.

Nous expérimentions sur les glandes du côté droit, gardant les glandes du côté gauche pour servir de témoins. Dans ces conditions, à la suite de l'injection des cultures dans les canaux galactophores, on obtient, après une période d'acuité de quelques jours, des accidents qui passent à la chronicité. Au bout de quelques mois, les glandes volumineuses, saillantes, donnant à la palpation la sensation de grains contenus dans leur intérieur, ressemblent absolument à ce que l'on voit dans certains cas chez la femme. La pression en fait sourdre une ou deux gouttes de liquide séro-purulent. La glande est indolore. Le liquide ne contient toujours que le staphylococcus albus seul. Fait très intéressant, si à cette époque on traumatisme la glande, on voit se produire une poussée subaiguë n'allant pas jusqu'à suppuration.

A l'examen microscopique, on constate, dans les premiers jours, de la galactophorite avec infiltration légère du tissu péri-acineux. Après 6 ou 7 mois, sur les coupes perpendiculaires à la direction des canaux galactophores, on voit de grandes cavités sinueuses, allongées, séparées par des bandes de tissu conjonctif. Ces cavités donnent à la coupe un aspect caverneux. Elles sont séparées par des travées épaisses de tissu conjonctif, où existent de rares vaisseaux. L'épithélium de ces cavités est celui des acini normaux et des canaux galactophores. Cette forme caverneuse est d'autant plus frappante qu'à côté d'elle existent des lobules glandulaires intacts et qui contrastent par leur petit volume.

A un plus fort grossissement, l'on voit que le tissu conjonctif péri-acineux est disposé autour de l'acinus dilaté, en bandes concentriques, rappelant assez bien ce que l'on voit dans l'hypertrophie de la prostate quand le tissu fibreux s'est développé autour d'un cul-de-sac glandulaire.

Il semble résulter de nos recherches que l'inflammation subaiguë de la glande mammaire, parenchymateuse d'abord, intersti-

tielle ensuite, fait évoluer cette glande vers un état scléro-kystique, dont nos préparations rendent bien compte.

Cette dilatation kystique semble la conséquence d'une sorte de processus cicatriciel du tissu péri-acineux qui amènerait la rétraction de ce tissu, et, en même temps, entraînerait dans différents sens la paroi de l'acinus, le dilatant dans toutes les directions.

Ces faits montrent la relation qui peut exister entre les différentes maladies kystiques de la mamelle et ses inflammations chroniques, ce qui, jusqu'à présent, n'avait pas été démontré d'une façon nette. Considérations qui augmentent l'intérêt de notre travail au point de vue de la pathologie générale.

Contribution à l'etude de la tuberculose mammaire, en collaboration avec le docteur Peraire (*Revue de chirurgie*, septembre 1895).

A la liste peu nombreuse des cas authentiques de tuberculose mammaire, nous apportons ici trois faits nouveaux, confirmés par l'examen bactériologique et l'expérimentation.

Nous insistons sur la difficulté du diagnostic, et la pathogénie de cette tuberculose localisée, qui, dans un de nos cas, surtout, et contrairement à l'opinion de MM. Sabrazès et Binaud, avait réellement pris naissance dans les culs-de-sac acineux de la glande.

Le traitement y est longuement discuté : amputation totale ou simplement partielle.

Note sur une tumeur vasculaire de la langue (*Echo médical du Nord*, 1897, 7 mars).

Il s'agissait dans ce cas d'un papillôme angiomateux de la base de la langue donnant lieu à des saignottements répétés.

Note sur une tumeur de la cloison des fosses nasales (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

Un cas de myxôme pur de la glande parotide, en collaboration avec le Dr Lambret (*Echo méd. du Nord*, 23 mai 1897).

Présentation de préparations histologiques de myxôme pur de la parotide (*Société centrale de médecine du Nord*, mai 1897).

Il s'agissait là d'une rareté anatomique. Un des points intéressants de l'observation, c'était la consistance ferme de la tumeur, ce qui n'est pas la règle en matière de myxôme.

Sur un nouveau mode de préparation du picro-carmin (*Société centrale de médecine du Nord*, comptes-rendus, 17 nov. 1896).

Par la calcination, dans une coupelle, de carmin et d'acide picrique en proportions convenables, on obtient une poudre rouge-brun, qui, reprise par l'eau ammoniacale (1/30), donne un picro-carmin agissant très rapidement et avec une grande intensité de coloration.

Tumeur du dos du nez, en collaboration avec le Dr Charmeil (*Société centrale de médecine du Nord*, 8 oct. 1897).

C'était un malade porteur d'une tumeur en bissac, dure, adhérente, non ulcérée, du dos du nez. Le diagnostic macroscopique était sarcôme. A l'examen histologique fait par le Professeur Curtis, il s'agissait d'une adénôme sudoripare développé aux dépens des glandes de la peau du dos du nez.

Un nouveau cas de kyste de l'épiglotte, avec examen anatomo-pathologique (*Echo Médical du Nord*, 20 sept. 1897).

Ce sont des tumeurs très rares ; notre observation constitue le 46e fait décrit et seulement le 6e où l'examen anatomo-pathologique ait été fait.

L'ablation par la voie buccale a été suivie d'un plein succès.

Calcul salivaire (*Société Anatomique*, 1er avril 1898).

Fait très intéressant par le jeune âge du sujet (12 ans), et parce que les cultures du centre du calcul (Pathogénie de Galippe) restèrent sans résultat.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique et au traitement des kystes du pavillon de l'oreille (*Echo Médical du Nord*, 10 avril 1898, avec une planche).

Nous concluons en pensant que dans une grande partie des cas, il faut voir là une chondrite infectieuse, liée peut-être, comme dans notre observation, à une lésion du conduit auditif externe ; le seul traitement est l'ablation du séquestre cartilagineux et le curetage soigné de la poche.

III. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Carcinôme de la paroi abdominale (*Bulletin méd. du Nord*, p. 565, 1891).

Les tumeurs malignes de la paroi abdominale sont rares ; il s'agissait dans ce cas d'une tumeur fongueuse, en champignon, développée à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale droite.

Cette tumeur, d'abord cutanée, adhéra rapidement, très profondément, s'accompagnant de généralisation ganglionnaire.

L'opération fut pénible, à cause des adhérences profondes ; elle fut suivie de l'extirpation des ganglions inguinaux. La guérison opératoire fut rapide : malheureusement, la récidive survint peu de temps après, et le malade mourut de généralisation pulmonaire. Nous n'avons trouvé que deux cas semblables de publiés, dus à Bouqué et à Prizzoli, de Bologne.

Luxation ancienne du poignet en avant sans fracture du cubitus ni du radius; irreductibilité, résection. Guérison (*Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 810).

Moule en plâtre d'une luxation ancienne du poignet en avant (*Société centrale de médecine du Nord*, 10 juin 1892).

C'est là une luxation très rare, et dont Nélaton, dans l'article du « Traité de chirurgie, » ne signale que trois cas.

Notre malade, âgée de 70 ans, était tombée d'un trottoir, la main étendue en avant. Nous ne l'avons observée que trois mois après cet accident, et malheureusement elle donne peu de détails sur la manière dont s'est effectuée la chute.

A la face dorsale du poignet existait un relief très prononcé formé par les extrémités inférieures des os de l'avant-bras. Du côté de la face palmaire tout le carpe, remonté en avant des os de l'avant-bras, formait un relief convexe et lisse, nettement palpable sous les téguments.

La mensuration de l'avant-bras malade montrait qu'il existait un raccourcissement très net, mais que le raccourcissement ne

portait pas sur les os de l'avant-bras qui avaient leurs dimensions égales à ceux du côté sain. Les apophyses styloïdes avaient leurs rapports normaux. Le diamètre antéro-postérieur du poignet, du côté malade, donnait 6 centimètres contre 3 cent. 1/2 dans le côté sain. Les mouvements d'extension étaient impossibles ; mais il persistait une légère flexion.

La réduction était impossible, même sous chloroforme ; aussi l'opération fut-elle décidée, qui consista en une arthrotomie, qui permit de constater, d'une part, la réalité de la luxation, et d'autre part, l'intégrité des extrémités osseuses ; des adhérences fibreuses maintenaient la luxation et empêchaient toute réduction.

Il fallut réséquer les deux têtes articulaires, ce qui permit alors de réduire le carpe, en le repoussant d'avant en arrière.

Le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré, et la guérison opératoire fut rapidement obtenue. Il persiste une ankylose incomplète qui permet de légers mouvements de flexion et d'extension, et fait que la malade peut se servir de sa main pour coudre et tricoter, ce que nous avons pu constater quatre ans après l'intervention.

Luxation congénitale de la hanche. Modification du procédé de Hoffa (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1893).

Nous avons constaté à l'autopsie d'une petite malade atteinte de luxation congénitale de la hanche, qu'il existait chez elle, en avant de la cavité articulaire plate et atrophiée, un rebord cotyloïdien, à forme de crête assez importante.

Chez une petite malade que nous avons opérée pour luxation congénitale de la hanche, et chez qui nous avons trouvé cette même disposition, après la réintégration de la tête dans la cavité cotyloïde primitive, et ne pouvant creuser l'os à cause de sa minceur, nous avons suturé la tête fémorale à ce rebord cotyloïdien antérieur plus haut signalé. Le tout a été suivi d'une reconstitution de la capsule aux dépens de l'ancienne capsule étirée et allongée, qui fut plissée et suturée ainsi que le fait Ricard dans la luxation récidivante.

Ostéo-périostite de la mâchoire inférieure consécutive à l'ablation d'une molaire (*Bulletin médical du Nord*. Comptes-rendus, p. 608, 1890).

Il y avait eu une fracture du corps de l'os pendant l'ablation

de la dent. Il existait des fistules cutanées et un volumineux séquestre qui fut enlevé. Guérison.

Un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du tarse, à debut par le scaphoïde (*Société centrale de médecine du Nord*, 1896, p. 540).

Le seul symptôme local était une douleur à la marche en un point précis ; le scaphoïde était sensible aussi à la pression. L'incision exploratrice ramène des fongosités tuberculeuses. L'évidement économique du tarse fut pratiqué, suivi après d'injections sclérogènes du prof. Lannelongue. Résultat très bon, revu deux ans après.

Un cas d'arthrite du genou consécutive à une osteomyelite aiguë de l'extremité inférieure du fémur (*Soc. centr. de méd. du Nord*, 27 mai 1892).

L'articulation communiquait au niveau de la ligne âpre avec le fémur, creusé d'une cavité contenant des séquestres allongés, l'os était très épaissi, la rotule intacte. Curetage, drainage. Guérison avec ankylose. Les cultures donnent du staphylocoque doré.

De la fracture isolée du sacrum. Etude clinique et expérimentale (*Lille, Le Bigot, édit.*, 27 pages, 1895).

La fracture isolée du sacrum, très rare, à la vérité, n'a été étudiée au point de vue clinique que dans quelques observations éparses çà et là dans les traités classiques.

Nous basant sur ces faits, et quelques recherches expérimentales entreprises au laboratoire d'anatomie du professeur Debierre, nous avons essayé de faire une étude complète de cette forme rare de fractures isolées du bassin.

Cette fracture a été signalée par Boyer, Patissier dans son article du Dictionnaire des Sciences médicales, par Judes en 1826, Cloquet, Fleury de Clermont, et Malgaigne, qui en a donné la première étude d'ensemble. Ajoutons à ces noms, ceux de Hamond, Mercier, Chipier, qui en ont publié chacun une observation.

Le trait de fracture transversale peut affecter deux niveaux différents : 1° à la partie inférieure du sacrum ; 2° à la partie moyenne. Ces deux formes correspondant à deux mécanismes

différente. Dans le premier cas : cause indirecte ; dans le deuxième, cause directe.

Quoi qu'il en soit, le fragment inférieur est toujours taillé en biseau, de telle sorte qu'il a tendance à filer en avant en haut, en avant du fragment supérieur, dans la concavité de la courbure sacrée ; d'où relèvement de la pointe du coccys, qui tend à se porter aussi en haut et en avant, et compression ou dilacération des branches nerveuses sacrées, qui passent par les trous sacrés antérieurs, lesquels sont toujours divisés par le trait de fracture.

A cette compression nerveuse correspondent des troubles paralytiques variés, tant moteurs que sensitifs, et qui vont par ordre de gravité, de la seule parésie rectale ou vésicale, à la paralysie complète de ces viscères, et à la paralysie des membres inférieurs ; le nerf sciatique étant la terminaison du plexus sacré.

Ces deux faits : Déformation et paralysies constituent toute la symptomatologie de cette fracture peu commune ces complications nerveuses se rencontrant cinq fois sur sept.

Le traitement consiste à réduire le fragment inférieur, ce qui est quelquefois fort difficile, et avait poussé certains auteurs à inventer des appareils fort ingénieux, que l'on introduisait dans le rectum et qui refoulaient en bas et en arrière le fragment sacré. Dans notre cas, nous avons eu recours à la suture osseuse qui nous a donné un succès

Fracture compliquée du radius chez un enfant. — Resection sous-périostée. Guérison avec formation d'une nouvelle extrémité radiale et retour complet des fonctions (*Société centrale de médecine du Nord*, 1892).

Le malade, immobilisé très peu de temps après l'intervention dans un appareil plâtré, fut mobilisé de très bonne heure. Le résultat, trois mois après, était superbe, comme ont pu le constater les membres de la Société à qui il fut présenté.

Contribution à l'étiologie de l'hématome du sterno-cleido-mastoïdien chez le nouveau-né (*Revue d'orthopédie*, 1894, p. 287).

L'hématome du sterno-mastoïdien, bien décrit par Bohn, Blachez, et Planteau, est constitué, comme son nom l'indique, par une hémorrhagie enkystée dans le muscle qui se traduit dans les pre-

miers jours de la naissance par une tumeur d'abord et ensuite par une attitude spéciale de la tête de l'enfant rappelant le torticolis, torticolis passager et qui guérit très bien.

Jusqu'à présent, c'était à un traumatisme obstétrical (pression du forceps ou tiraillements musculaires pendant l'accouchement par le siège, 18 fois sur 68) que l'on rattachait cet hématome.

Deux observations personnelles nous ont démontré que, à côté de cette cause importante, il y avait place pour une autre et que l'on peut rencontrer des hématomes dans la première année de la vie, liés à une rupture du muscle sous l'influence d'un mouvement brusque de l'enfant, qui, mal soutenu, portant sa tête violemment à droite, par exemple, tord et arrache le sterno-mastoïdien gauche.

Résection de l'extrémité interne de la clavicule *(Soc. centr. de médec. du Nord*, 27 mai 1892).

Il s'agissait d'une ostéo-arthrite tuberculeuse sterno claviculaire. Le malade reste guéri depuis six ans.

De l'ostéomyélite aiguë du sternum (*Union médicale*, 1874, 3e série, t. 58, p. 520).

La localisation sternale de l'infection staphylococcienne est très rare ; BERMANN, dans les St-Petersbürger medic. Wochens., 1884 et 1887, en signale deux cas, dont l'un dû à SALOMON.

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas. Jeune homme de 16 ans ; état typhique ; tuméfaction sternale et congestion pulmonaire double.

L'incision, faite sur le sternum, permet d'arriver sur un abcès sous-périosté, qui, incisé, conduit sur l'os dénudé. Une petite fistule osseuse aboutit dans un abcès central de l'os, contenant quelques petits séquestres.

Guérison rapide et disparition prompte des phénomènes généraux.

L'examen du pus n'y a décelé que le staphylococcus aureus et pas de bacille tuberculeux.

Ce même staphylococcus existait à l'état de pureté dans les crachats du petit malade.

De la pseudarthrose du fémur à la suite de fracture de cet os par coup de feu (*Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1004).

La pseudarthose au niveau des diaphyses est une complication

plus fréquente des fractures par armes à feu, que des fractures communes.

Gurlt, sur 223 pseudarthroses, en comptait 67 consécutives à des fractures ordinaires, et 116 survenues à la suite de fractures par coup de feu.

Dans notre cas, la pseudarthrose datait de 12 mois. Le malade avait reçu un coup de feu dans la cuisse droite, d'où était résultée une fracture diaphysaire du fémur, avec enclavement, entre les fragments osseux, de débris de balle et de vêtements.

Une intervention fut décidée, qui permit de constater les lésions suivantes : Le fragment supérieur était renflé, volumineux ; le trait de fracture, d'abord transversal dans la moitié de son trajet de dehors en dedans, obliquait ensuite en bas, limitant ainsi du côté du fragment supérieur une sorte de pointe assez tranchante.

Le fragment inférieur, érodé et un peu émoussé, était porté légèrement en arrière. Les deux os étaient maintenus au contact par des trousseaux fibreux fort épais, se confondant avec les parties molles voisines.

Une partie de la balle, aplatie en forme de clou de cordonnier, était encastrée au niveau de la face postérieure du fémur.

L'extraction de cette balle et de débris de vêtement, la régularisation des deux bouts de l'os, qui s'ajustaient ensuite assez facilement, le fragment inférieur se mortaisant dans le fragment supérieur plus volumineux et un peu excavé, permirent à la consolidation de se faire a peu près normalement : et 100 jours après l'intervention, le malade commençait à se servir de son membre.

M. Delorme a bien étudié dans son mémoire *sur les types de fracture diaphysaire*, la forme que nous avons décrite plus haut.

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse (*Revue de Chirurgie*, 1894, n° 10).

Les observations de hernie étranglée pendant la grossesse sont exceptionnelles ; je n'ai même pas pu en trouver trace dans les différents traités classiques, et M. le Professeur Berger, dans son article du Traité de chirurgie, dit qu'il y a une sorte d'incompatibilité entre la grossesse et l'étranglement herniaire, ce qui se conçoit, étant donné la distension considérable de la paroi abdominale et des orifices de passage habituel des hernies. Souvent même, pendant la grossesse, on vit certaines hernies se réduire spontanément et rester réduites tout le temps de celle-ci, l'utérus

gravide, formant en quelque sorte une espèce de pelote interne qui empêche l'intestin de pénétrer dans le trajet herniaire.

Dans notre observation, il s'agissait d'une femme obèse et chez qui la kélotomie fut pratiquée 24 heures après le début des accidents. Pour pratiquer la cure radicale de cette hernie crurale, je me servis d'un procédé un peu spécial et que je vais décrire ici : il s'agit d'obstruer l'orifice compris entre l'arcade de Fallope et le ligament de Gimbernat.

Avant tout, pour que l'arcade de Fallope soit assez souple et puisse sans trop d'effort se rapprocher facilement du ligament de Gimbernat, l'on pratique quelques petites incisions espacées de 3 en 5 millimètres, et profondes de 1 millimètre, sous la face inférieure et interne du ligament de Poupart. Cette petite manœuvre diminue un peu la rigidité de certaines arcades de Fallope.

Avec une aiguille courbe munie d'un fil solide, on traverse le ligament de Poupart, un peu en dedans du point qui correspond à la direction des vaisseaux fémoraux ; puis on dirige l'aiguille d'avant en arrière, en travers de l'anneau crural, jusqu'au ligament de Gimbernat qu'on aborde par sa face postérieure abdominale. L'indicateur gauche replié en crochet, en arrière du ligament, doit guider l'aiguille et faciliter le passage des fils. Le premier fil doit être placé à la base du tranchant du ligament de Gimbernat, c'est-à-dire à sa partie tout à fait externe ; puis les autres fils sont placés symétriquement au-dessus de celui-là, en se rapprochant, d'un côté, de la partie la plus interne de l'arcade de Fallope, et, de l'autre, de la partie interne et supérieure du ligament falciforme.

Quand ceci est obtenu, at il faut de 4 à 5 fils pour une suture un peu serrée, on rapproche au contact les surfaces aponévrotiques, et on noue les fils très serrés. On obtient ainsi une suture légèrement oblique et qui obstrue complètement l'orifice, ne comprimant pas du tout les vaisseaux fémoraux.

Je le répète, ce procédé m'a été d'une exécution facile chez ma malade, en raison du développement du ligament de Gimbernat, et du relâchement de sa paroi abdominale, qui, quoique distendue par un utérus gravide, se laissait encore facilement abaisser.

Il y avait quelque temps que j'avais pratiqué cette opération quand j'ai eu seulement connaissance du mémoire de Bassini sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies crurales et qui

a été publié dans les *Archives allemandes de chirurgie clinique*, 1894, tome VII, page 1.

Comme dans les procédés antérieurs, BASSINI suture la partie interne de l'arcade de FALLOPE au revêtement aponévrotique de la crête pectinée ; mais il complète cette suture en réunissant au fascia lata du pectiné le ligament de GIMBERNAT.

Ce procédé a pour but, selon l'auteur, de se constituer le canal crural et d'empêcher la compression des vaisseaux.

Il se rapproche un peu, en le complétant, de celui que j'ai exposé plus haut, et qui m'a donné un bon résultat immédiat, en attendant que l'avenir nous éclaire sur la solidité des adhérences qui réuniront le ligament de GIMBERNAT avec la partie interne de l'arcade de FALLOPE.

Difficultés du diagnostic entre l'étranglement herniaire et les kystes sacculaires enflammés chez les vieillards (*Bull. Méd. du Nord*, 1893, p. 25).

Le professeur DUPLAY est le premier qui, dans sa thèse restée classique « des collections séreuses et hydatiques de l'aine, » a appelé l'attention sur ce qu'il a nommé des kystes sacculaires, c'est-à-dire des collections séreuses susceptibles de s'enflammer, enkystées dans des sacs herniaires déshabités et oblitérés ou non à leur collet. « On sait, dit-il, que certaines de ces collections en s'enflammant présentent un appareil symptomatique grave et qui simule plus ou moins complètement l'étranglement herniaire. »

Ce diagnostic déjà difficile devient presque impossible quand on est en présence d'un sujet âgé, vieux hernieux et porteur d'un kyste sacculaire enflammé dont les symptômes sans grand fracas rappellent absolument la marche de la hernie étranglée chez le vieillard. Il faut un examen très minutieux pour déceler quelque symptôme un peu atténué qui mette sur la voie du diagnostic. En effet, plus rares que dans l'étranglement herniaire sont les vomissements fécaloïdes, et dans la plupart des cas, il peut y avoir encore émission de gaz.

Cependant, toutes les fois qu'il y aura doute, il faudra opérer autrement, dut-on se tromper, l'opération par elle-même étant peu grave, et dans les deux cas faisant cesser tous les accidents.

Voici d'ailleurs les conclusions de M. DUPLAY : « Si l'on considère, d'une part, que l'erreur dont il s'agit n'entraîne généralement avec elle aucune suite fâcheuse, et même que, dans certains

cas, et en dehors de tout étranglement, l'opération a été réellement utile, et si d'autre part, on met en parallèle la gravité de l'erreur opposée, qui consisterait à méconnaître une hernie véritable, loin de blâmer une trop grande précipitation de la part du chirurgien, il serait plus sage d'en déduire ce précepte que dans les cas douteux, l'opération ne doit pas être retardée. »

Traitement des fistules vésico-vaginales inopérables dans le cours du cancer de l'utérus (*Bulletin médic. du Nord*, 30 mai 1892).

L'application, dans ces cas, de pessaires Gariel en caoutchouc de ballon d'enfant, se moulant sur la plaie vésico-vaginale une fois gonflés dans l'intérieur du vagin, nous a permis de dériver pendant la journée le cours des urines, dont la sortie par le vagin est pour ces malades une source de souffrances physiques et morales presque continuelles, et par conséquent de leur procurer un peu de repos. Le ballon doit être enduit de vaseline iodoformée cocaïnée, et se trouve ainsi parfaitement toléré.

Traitement du prolapsus de l'utérus et du vagin, par l'hystérectomie vaginale. Nouveau procédé opératoire (*Bulletin médical du Nord*, 1893, et rapport de M. Quénu à la *Société de Chirurgie*, 1894).

Nous avons le premier en France, en 1893, attiré l'attention sur ces cas de prolapsus utérin complets, où l'hystérectomie vaginale donne d'excellents résultats.

Nous avons dans cette étude passé tout d'abord en revue l'historique de la question, et qui nous montre que cette opération était depuis longtemps pratiquée en Allemagne avec succès; puis après avoir indiqué les opérations préconisées jusqu'à présent contre le prolapsus utérin total, et avoir limité les indications, nous avons essayé de démontrer les résultats obtenus par l'hystérectomie vaginale; résultats vraiment durables, si l'on se reporte aux statistiques que nous citons.

Quelles sont pour nous les indications de l'hystérectomie vaginale:

1° La femme, autant que possible, devra atteindre ou avoir dépassé l'âge de la ménopause (et cette condition ne doit pas cependant, en cas de descente absolue, nous empêcher de pratiquer l'opération à un âge plus jeune).

2° L'utérus devra être prolabé totalement, ulcéré (il doit avoir perdu droit de cité dans le ventre).

3° Le périnée, le vagin, n'ont plus de résistance.

4° Enfin, raison primant tout, la malade a besoin d'une santé complète pour vivre, et ne peut se contenter d'une demi-guérison.

Au point de vue de la technique opératoire, nous avons imaginé un procédé, pour remédier au prolapsus vaginal, procédé que M. Quénu avait appliqué, sans connaître notre travail, et dont il a donné la description peu après à la Société de Chirurgie (Séance du 20 décembre 1893). Nos deux procédés identiques ont donc été conçus en même temps. Voici quel est notre procédé opératoire.

« Dans le cas de prolapsus complet, il faut bien savoir que l'hystérectomie vaginale, si elle supprime l'utérus, ne supprimera pas la chute du vagin. C'est contre cette chute du vagin que Robert Atsch a décrit son procédé de large résection du vagin ; c'est enfin dans ce cas-là que nous avons employé le procédé suivant :

La circoncision du vagin se fera le plus haut possible, c'est un point important de l'opération. La résection du vagin doit être faite très largement. Donc, dans le cas de cystocèle, il faut commencer l'incision du vagin sur la vessie prolabée elle-même, dénuder la vessie avec précaution, et pour le reste se comporter comme dans l'hystérectomie vaginale classique.

Arrivé sur les ligaments larges facilement accessibles, on les sectionne après ligature et c'est ici que commence le point original de l'opération.

Les deux ligaments sectionnés après ligature sont rapprochés l'un vers l'autre sur la ligne médiane de manière à ce qu'ils bouchent complètement le fond du vagin. On les suturera l'un à l'autre au moyen d'un fort et long catgut. L'on arrêtera la suture, puis avec le même catgut, on ira accrocher le bord libre saignant de la paroi vaginale circoncise, et par des points suffisamment rapprochés on froncera toute la circonférence du vagin en forme de bourse que l'on ira fixer aux ligaments larges.

L'on aura ainsi un plan résistant formé par les ligaments larges et auquel on viendra accrocher la muqueuse vaginale réséquée dane une grande étendue.

L'extension qui sera nécessaire pour fixer la paroi vaginale

aux ligaments larges réduira à la fois le cystocèle, le rectocèle, et surtout le prolapsus vaginal. »

Nous avons expérimenté ce procédé dans deux cas.

De l'hystérectomie vaginale comme traitement des grandes névralgies pelviennes *(Archiv. de Tocologie et de Gynécologie.* Août 1894, n° 8).

Il s'agissait d'une malade à qui l'on fit, contre une névralgie pelvienne rebelle, tous les pansements vaginaux résolutifs et calmants possibles ;

Tous les médicaments calmants et résolutifs externes, vésicatoires, pointes de feu, etc. ;

Deux curettages ;

Une amputation du col ;

Une hystéropexie.

Nous avons pratiqué en dernier lieu l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

L'opération ici a donné lieu à un succès, mais l'on comprend aisément les incertitudes du chirurgien appelé dans un cas pareil et ses hésitations sur la marche à suivre.

Nous savons d'avance que la lésion anatomique n'est pas considérable, et l'on ne peut débuter par une hystérectomie vaginale. Il faut donc essayer les demi-mesures : les curettages, les résections du col, voire même les hystéropexies, mais si rien n'y fait, je crois qu'il faut, après examen sérieux, oublier les bénignités des lésions anatomiques, et ne plus considérer que le danger que font courir aux malades les hémorrhagies utérines profuses qui les saignent à blanc, et les douleurs si persistantes qui détruisent en elles tout moral et toute résistance physique.

Traitement de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curettage de la prostate *(Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1895, p. 402).

La voie périnéale a été depuis longtemps préconisée pour l'ouverture des abcès prostatiques, et Dittel, en 1874, et Segond, en 1885, l'ont démontré d'une manière suffisamment nette.

Mais ce n'est guère que depuis 1885 que l'on a cureté la prostate tuberculeuse, et nous citerons les observations de Guyon, in th. de Guilain, de Bouilly, de Dittel (1889), d'Albarran (1891), les mémoires de Zuckerkandl dans les *Wien Clin. Wochenschrift*

de 1871 et de MARDEWEL dans les *Beitrage zur Clin. Chir.* de 1892, et la communication de M. LE DENTU au Congrès de Chir. de 1887 qui sont venus confirmer les bons résultats obtenus par les premières observations. La voie périnéale permet d'arriver sur la prostate, de la voir, de l'explorer et de la curetter avec soin. Une sonde molle uréthrale servira de repère et permettra de ne pas blesser le canal.

La plaie pourra être badigeonnée au chlorure de zinc ou à l'éther iodoformé, et un bon drainage à la gaze iodoformée arrêtera le suintement hémorrhagique et permettra de faire cicatriser les lésions de la profondeur à la surface.

Ce traitement chez un de nos malades nous a donné les meilleurs résultats.

Les opinions actuelles sur la pathogénie de l'appendicite (*Echo Médic. du Nord*, 14 mai 1897).

De l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdominopérinéale (*Société de Chirurgie*, 1896).

De l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdominopérinéale (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 5, 1897).

Nous avons eu l'occasion d'appliquer, au commencement de l'année 1896, sur le vivant, un procédé d'extirpation totale du cancer du rectum dont nous avions essayé depuis longtemps déjà sur le cadavre les différents temps essentiels. Nous avons qualifié cette opération d'*abdomino-périnéale* parce que les manœuvres d'extirpation s'accomplissent successivement par le ventre ouvert et par le périnée. D'un autre côté, nous avons adopté d'une façon résolue l'anus iliaque définitif, et nous nous proposons d'enlever tout le rectum et une portion de l'S iliaque.

Le premier temps est essentiellement abdominal : on commence par faire une laparotomie médiane, le malade étant placé dans la position inclinée de TRENDELENBURG. Le ventre ouvert, la main se dirige immédiatement en bas dans le petit bassin, reconnaît le rectum, le suit en remontant et ramène dans le champ opératoire la partie culminante de l'S iliaque. Cette exploration permet de délimiter d'une façon précise la limite supérieure du mal, et de reconnaître la présence des ganglions. Elle est facilitée par l'usage

d'un large écarteur antérieur qui applique la vessie contre le pubis. On procède alors, après avoir garni de compresses la cavité abdominale, à la section de l'intestin. Pour cela, l'S iliaque ayant été attirée au debors du ventre, on perfore son méso avec une aiguille mousse armée d'une forte soie et on pratique une double ligature très serrée de l'intestin en laissant un intervalle d'environ 4 centimétres entre les deux fils. Une mèche de gaze introduite par la brèche mésocolique avant la section intestinale est destinée à recueillir les quelques gouttes de liquide sceptique qui pourraient s'écouler de la portion d'intestin en avant de la ligature. L'intestin sectionné, chaque tranche est oblitérée par une grosse coiffe de gaze iodoformée épaisse, préparée d'avance et que l'on fixe au moyen d'un fil de soie. Un aide tient dans l'angle supérieur de la plaie le bout supérieur de l'intestin. Un second aide tient le bout inférieur dans l'angle inférieur et en tirant sur lui de telle sorte que le mésocôlon soit tendu et étalé le plus possible. Si le ventre a été bien garni de compresses qui refoulent dans la concavité diaphragmatique les anses intestinales, on aperçoit devant soi tout le mésocôlon jusqu'à son insertion inférieure vertébrale ; on peut alors facilement, avec un grand clamp, le saisir dans presque son entier, ou mieux, faire une ligature en chaîne trés serrée en ayant soin de ne serrer le fil qu'au fur et à mesure que l'on sectionne le méso entre la ligature et l'insertion colique. Si la ligature a été bien appliquée, le doigt, s'engageant à la partie postérieure du rectum dans le tissu cellulaire, peut déjà commencer le travail de dénudation et d'isolement de cet organe. Ce travail sera continué en avant dans le cul-de-sac recto-vésical, ou recto-utérin, suivant le cas, que l'on incise le plus près possible sur l'intestin, et de la sorte, sans avoir presque de sang, le doigt reconnaîtra le volume du cancer, ses adhérences possibles, les ganglions. Règle générale : il faudra, par la voie abdominale, aller le plus loin possible dans la dénudation intra-périnéale de l'intestin rectum. Ce décollement étant accompli et avec la plus grande douceur, l'on place dans cette plaie, en avant et en arrière du rectum, une grosse bande de gaze aseptique qui fait tampon et arrête ainsi l'hémorrhagie et qui, faisant bomber le périnée, assurera la rapidité et la sécurité des manœuvres périnéales. Ces différents temps étant faits, le malade est mis dans la position de la taille. Un aide maintient dans la plaie abdominale, qui a été garnie de compresses

aseptiques, les deux bouts d'intestin. Un doigt garni d'un gantier en caoutchouc étant introduit dans l'anus, très rapidement, au bistouri et par une incision circulaire on dissèque ce dernier. Lorsqu'on a pu l'isoler suffisamment, on coiffe ce moignon d'une grosse mèche de gaze iodoformée et on l'étreint avec une forte soie. Ensuite on décolle en avant le rectum à coups de ciseaux, ce qui est facilité par le tampon introduit par l'abdomen, qui bombe et que l'on sent sous son doigt. Latéralement on coupe le releveur ; en arrière, le rectum tient encore par l'extrémité inférieure de son méso et quelques brides vasculaires ; on peut prendre le tout dans un clamp courbe ou bien sectionner sans hémostase préalable.

En définitive, à ce moment, l'intestin, rectum et portion inférieure de l'S iliaque, véritable tumeur close à ses deux bouts, ne tient plus, et il est facile de le retirer par la brèche périnéale, l'aide abdominal n'ayant plus qu'à abandonner le fil avec lequel il le soutient. L'on procède de suite à la restauration de cette brèche périnéale, et c'est une véritable périnéorrhaphie qu'il faut faire, de préférence aux fils d'argent, prenant le plus de tissu que l'on pourra ; mais il sera bon, avant de fermer complètement, de drainer au moyen d'une bande de gaze aseptique appliquée en avant du sacrum. L'on passera ensuite à la fermeture de l'abdomen qui se fera de la manière classique, après que l'on aura fixé le bout supérieur de l'S iliaque de la manière suivante : on perfore la paroi abdominale gauche un peu au-dessus de l'arcade crurale au lieu d'élection de l'anus iliaque, et c'est à travers cette plaie que l'on vient faire passer l'intestin, qui sera ensuite fixé à la peau au moyen de points de suture. Le ventre sera fermé complètement. Une sonde à demeure sera placée dans la vessie.

Telle est l'opération que nous avons imaginée, et que nous avons exécutée deux fois sur le vivant.

Toxicité des urines chez les cancéreux et son rapport avec le chiffre de l'urée (*Société de biologie*, déc. 1894).

A la suite de nombreuses recherches, nous avons émis les propositions suivantes :

1er fait. — Chez les cancéreux que j'appellerai chirurgicaux, la toxicité urinaire est supérieure à la toxicité de l'urine normale.

Le coefficient de toxicité de l'urine normale étant de 0,45, chez les cancéreux, elle devient 0,6, 0,7, 0,8, 0,9.

2e fait. — Cette toxicité exagérée disparaît avec la suppression du cancer, et après l'opération, 20 jours après en moyenne, on peut constater que le coefficient toxicité urinaire qui, chez un sujet, avant l'intervention, était de 0,96, tombe à 0,45, c'est-à-dire la moyenne. Chez d'autres, cet écart est moins sensible, mais il existe toujours : 0,64 — 0,48 ; 0,72 — 0,58.

3e fait. — La toxicité de l'urine diminue en quelque sorte avec l'augmentation du chiffre de l'urée, qui remonte après l'intervention.

4e fait. — Cette toxicité exagérée n'existe pas dans les cas de tumeur bénigne, où elle est sensiblement normale : 0,49, 0,52.

Pour nous résumer, et nous basant sur la permanence des phénomènes toxiques que nous avons constatés dans l'infection d'urine des cancéreux, nous pensons qu'on pourrait, dans les cas douteux, se servir, pour aider au diagnostic, de la recherche de la toxicité urinaire, et du dosage de l'urée.

IV. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE SPÉCIALE

(Nez, oreilles, larynx, pharynx, cou)

Un cas de gommes syphilitiques du voile du palais. (*Dauphiné Médical*, 1885, p. 85).

Présentation d'un malade atteint de gommes syphilitiques du voile du palais (*Société de médecine de l'Isère*). Comptes rendus 1889).

Il s'agissait d'un diagnostic difficile avec une tumeur maligne, et qui fut jugé par le traitement spécifique.

Modifications opératoires de la palatorrhaphie (*Bulletin médical du Nord*, 15 avril 1891).

Présentation d'un malade opéré d'une perforation palatine, avec modification opératoire de l'auteur (*Société centrale de médecine du Nord*, 1891).

Cette modification consiste dans ce seul lait, de passer les fils de suture, immédiatement après l'avivement des hords de la perforation palatine, et avant de pratiquer les incisions latérales de débridement.

Cette petite modification permet de laire les débridements, d'arrêter l'hémorrhagie et de serrer ses fils, après l'hémostase complète, sans manipulation d'aucune sorte qui peut faire recommencer l'hémorrhagie. Or, dans le procédé classique, où l'on passait les fils après les débridements latéraux, on sait quelle gène on avait pour exécuter ce temps important de l'opération, empêché que l'on en était par l'hémorrhagie incomplètement arrêtée ou réveillée par les manœuvres laites pour le passage des fils.

Presentation d'un malade atteint d'épithéliome étendu de la lèvre et de la joue. Ablation, réparation par autoplastie (*Société centrale de médecine du Nord*, 1871).

Gommes syphilitiques de l'amygdale; en collaboration avec le docteur Charmeil (*Echo médical du Nord*, 11 avril 1897).

Présentation d'une malade atteinte de gommes syphilitiques de l'amygdale (*Société centrale de médecine du Nord*, 8 avril 1897).

Un nouveau cas de gomme syphilitique de l'amygdale (*Echo médical du Nord*, 9 mai 1897).

Les gommes de l'amygdale sont des accidents très rares. Natier, dans son mémoire de 1891, en décrit une quinzaine de cas; mais depuis que M. Moure et ses élèves ont donné une excellente description de *l'amygdalite lacunaire*, il semble que plusieurs des observations classées *gommes* par Natier, ne soient que des exemples de l'affection décrite par M. Moure.

Le diagnostic est difficile, et dans bien des cas ne peut être jugé que par le traitement spécifique intensil.

Un cas de sinusite maxillaire tuberculeuse (*Communication à la Société Française d'Otologie*, 7 mai 1897).

Sinusite maxillaire tuberculeuse (*Revue hebdomadaire de Laryngologie et d'Otologie*, 1897).

La tuberculose des sinus est rare, et en général consécutive à une tuberculose des fosses nasales ; dans ce cas particulier, le diagnostic bactériologique fut fait : Il s'agissait d'une forme chronique que les lavages par la voie dentaire n'amélioraient nullement. Il fallut ouvrir largement le sinus par la voie de la fosse canine. Le curettage soigné,et un pansement iodoformé longtemps renouvelé, eurent raison péniblement de ces accidents tuberculeux.

Volumineux séquestre du maxillaire supérieur (*Société centrale de médecine du Nord*, 11 oct. 1897, et *Société anatomique*, 29 oct. 1897).

Présentation de la malade au séquestre du maxillaire supérieur (*Société centrale de Médecine du Nord*, 22 octob. 1877).

Ce séquestre, comprenant presque tout le maxillaire supérieur droit, provenait d'une enfant de 12 ans, atteinte de syphilis héréditaire grave. Elle venait à la clinique pour des accidents fistuleux de la face et du palais. Le séquestre fut enlevé en bloc, par la méthode de Rouge (de Lausanne). Le traitement spécifique appliqué ensuite, amena très rapidement la diminution de la cavité laissée par le séquestre, et son bourgeonnement. Il reste actuellement une petite fistulette. Le nez n'est pas trop déprimé de ce côté.

Nouvelle méthode d'extirpation des polypes fibro-muqueux des choanes (*Echo médical du Nord*, 25 avril 1897).

Les polypes fibro-muqueux, pédiculés, insérés sur les choanes, sont quelquefois d'une extirpation délicate. Plusieurs méthodes ont été proposées pour cela : les unes employent la voie buccale, les autres la voie nasale. Elles sont assez compliquées. Notre procédé est le suivant : il est basé sur le sectionnement des pédicules du polype par la curette à végétations adénoïdes de Gottstein, introduite par la voie buccale derrière le voile du palais. On peut ainsi très facilement venir à bout de grosses tumeurs pédiculées. Il n'y a pas d'hémorrhagie, et si l'opération est vite faite, de la gêne, mais pas de douleurs.

Fibrôme naso-pharyngien chez la vieille femme (*Communication à la Société belge d'otologie*, juin 1897).

Fibrôme naso-pharyngien. Curettage du naso-pharynx Guérison (*Echo médical du Nord*, 25 juillet 1897).

Il s'agissait d'un énorme polype fibreux naso-pharyngien, qui fut extirpé par la voie buccale sans mutilation préliminaire, à coups de curette-rugine, selon la méthode de Doyen. Nous terminons notre communication ainsi :

Cette observation nous a paru intéressante à publier :

1° Par la rareté des tumeurs fibreuses à cet âge (Verneuil en a publié deux cas à soixante-deux et soixante-quatre ans, chez la femme ;, d'un autre côté, Pluyette nous montre que c'est surtout dans l'âge adulte que ces tumeurs existent chez la femme);

2° Par la nouveauté de l'intervention qui n'exige pas de mutilation préliminaire, qui ne demande qu'un appareil à la portée de tous ; nous insistons en ce point sur l'énergie du curettage et sa rapidité ;

3° Par ce fait que malgré la tradition il n'y a pas eu, pour ainsi dire, d'hémorrhagie, cela tenant selon nous à la profondeur du curettage nettement périosté (ces tumeurs saignent lorsqu'on taille en plein dans leur masse).

Par conséquent, ce procédé nous paraît devoir remplacer avantageusement les opérations si graves faites par la face ou par la bouche et l'électrolyse ; il pourrait peut-être ne pas être applicable aux cas où les sinus sont envahis par la tumeur, mais il donnera d'excellents résultats, nous en sommes sûrs, toutes les fois que le diagnostic précoce nous aura mis en présence d'une tumeur nettement pharyngée avec ou sans prolongements nasaux.

Quelques réflexions à propos de 157 cas de végétations adénoïdes, opérées d'oct. 1896 à septembre 1897 (*Echo Médical du Nord*, 1897.

Nous rappelons, à l'occasion de cette statistique, l'histoire clinique des végétations adénoïdes, des accidents qu'elles causent, et le procédé opératoire que nous employons.

Fibro-sarcôme de la fosse nasale gauche et du sinus maxillaire (*Société centrale de Médecine du Nord*, 26 novembre 1897).

De la voie nasale médiane, dans le traitement des polypes naso-pharyngiens (*Société de Chirurgie*, rapport du Docteur Picqué, février 1898).

La voie nasale médiane, préconisée autrefois par Verneuil pour attaquer les polypes naso-pharyngiens, est tombée dans l'oubli. A l'occasion de 3 cas, nous l'avons reprise, en lui joignant le tamponnement de l'arrière-cavité des fosses nasales au-dessous et autour de la tumeur. Par l'incision médiane d'une narine, on se crée suffisamment de jour pour pouvoir, au moyen de pinces à morcellement, extraire le polype petit à petit, cureter sa base d'implantation et même on peut explorer les cavités accessoires, telles que le sinus maxillaire, et enlever les masses qui les remplissent, comme cela nous est arrivé dans un des cas. Une suture intradermique très fine, ne laisse qu'une trace insignifiante de l'incision. Ce procédé mérite donc de rester dans la série des procédés non mutilants d'extraction des polypes fibreux naso-pharyngiens.

Du cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Nord Médical*, 1896). Revue d'ensemble sur ce procédé thérapeutique si usité en otologie.

Les maladies de l'oreille et leur traitement en France au XVIIe siècle, d'après des documents de l'époque (*Echo médical du Nord*, 1897).

Corps étranger métallique enclavé dans la caisse du tympan (*Communication à la Société belge d'otologie*, oct. 1897).

Du decollement du pavillon de l'oreille comme voie d'accès pour l'extraction des corps étrangers de la caisse (*Echo médical du Nord*, 6 février 1898).

Toutes les fois qu'un corps étranger du conduit auditif externe a été refoulé dans la caisse, et qu'il se produit des accidents infectieux dus à sa présence, il faut se créer une voie d'accès plus large que celle du conduit auditif externe, souvent d'ailleurs tuméfié dans ces cas, et par conséquent impraticable, et qui est le décollement du pavillon de l'oreille et l'incision du conduit cartilagineux, le plus loin possible ; on a ainsi une vue de la région tympanique devenue très accessible aux instruments. Si le corps ne peut être désenclavé, il faut lui donner encore plus de

jour, en faisant sauter la paroi postéro-supérieure du conduit osseux, d'après la méthode de Stacke.

Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée gauche. Intervention, guérison (*Société de chirurgie*, 1898 ..... M. Picqué, rapporteur, s'est fait inscrire pour la lecture de son rapport).

Sommairement : une enfant atteinte d'otite moyenne purulente gauche, présente des troubles très nets en rapport avec une propagation a l'encéphale de l'infection de la caisse et de l'antre. On pense à un abcès du cervelet à cause du symptôme. giration à gauche avec chute.

Opération : trépanation large de la mastoïde, et par la voie mastoïdienne, à la partie postéro-inférieure de la cavité, il est possible de pénétrer dans la cavité crânienne et de trouver un abcès extra dure-mérien et intra-cérébelleux. Guérison au bout de trois mois.

De l'urticaire œdémateuse de la muqueuse de la bouche et de l'isthme du gosier (*Echo médical du Nord*, 8 août 1897).

L'urticaire des muqueuses est une manifestation rare et qui a été bien étudiée dans ces dernières années par M. Laveran, à la Société médicale des hôpitaux. Cette localisation est en général bénigne, et cède à un traitement approprié.

Un nouveau cas de myxôme hyalin typique du larynx (*Société centrale de médecine du Nord*, 27 janvier 1898).
— (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1898).

Le polype muqueux du larynx est très rare ; peut-être aussi à cause du manque d'examen histologique des tumeurs enlevées ; c'est du moins l'opinion du professeur Eeman (de Gand).

L'aspect de la tumeur rappelle celui d'un polype muqueux du nez. L'ablation par la voie endo-laryngée est la règle.

Papillomes multiples du larynx. — Opération par les voies naturelles (*Société centrale de Médecine du Nord*, 25 mars 1898).

Il s'agissait d'une vieille femme atteinte d'accidents dyspnéiques et de troubles de la voix, consécutifs a des papillomes du larynx,

siégeant à la lois sur les cordes vocales supérieures et inlérieures. La multiplicité de ces tumeurs et les accidents respiratoires auraient pu commander une trachéotomie d'urgence, et plus tard une thyrotomie. La malade se refusant à toute intervention externe, la voie endo-laryngée fut suivie ; ce qui permit, sous cocaïne, d'extraire la plus grande partie des masses papillomateuses qui obstruaient l'orifice glottique.

De l'opothérapie thyroïdienne, dans les accidents hemophyliques (en collaboration avec le prof. Comaemale. *Congrès de Montpellier*, 13 avril 1898).

La médication thyroïdienne a donné dans un cas par nous observé, un très beau succès. La malade hémophylique, avait particulièrement des hémorrhagies buccales et laryngées, qui se faisaient au niveau des cordes vocales supérieures; très rapidement, ces hémorrhagies diminuèrent et cessèrent même complètement.

Goitre exophtalmique. Action de la sympathicotomie sur l'exorbitisme et sur la tachycardie. En collaboration avec le Professeur Comaemale (*Académie de médecine*, 19 avril 1898).

Si nous résumons cette observation, nous voyons qu'il s'agit d'une femme atteinte de goître latent qui, sous une influence de nous inconnue, s'est mis à grossir, s'accompagnant d'exophtalmie, de tachycardie et de tout l'appareil symptomatique de l'hyperthyroïdisation, qu'une médication malencontreuse par la thyroïdine augmente encore cet état alarmant par lui-même. Après une tentative médicamenteuse peu efficace pour calmer le cœur, dont l'affolement menace la vie de la malade, par asystolie aiguë, nous avons recours à la résection du sympathique cervical. Le résultat de cette intervention est : 1° la diminution immédiate de l'exorbitisme ; 2° l'abaissement de 200 à 100, dans la semaine, du nombre des battements cardiaques, en même temps que la disparition des phénomènes douloureux primordiaux ; l'absence de modifications sur le goître.
